**Programa de Asistencia de Medicamentos Profilácticos Pre-Exposición de Virginia
(VA PrEP DAP) SOLICITUD CONFIDENCIAL**

APROBADO

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE **Debe proporcionar comprobante de nombre legal**

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Inicial segundo nombre: _____
Nombre preferido (si es diferente al nombre legal): _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA Correo electrónico: _____

Sexo asignado al nacer: masculino femenino
Identidad de género actual: masculino femenino transgénero (masculino a femenino)
 trágénero (femenino a masculino)
 Transgénero no especificado: _____
Pronombre (opcional): él/de él ella/de ella ellos/de ellos

Dirección de casa Si tiene una dirección de casa, complete el campo de dirección a continuación. Si no tiene dirección de casa, complete la **Declaración de no tener hogar**. **Debe proporcionar comprobante de residir en Virginia**
No se aceptan casillas postales (PO Box)

Dirección: _____ Apartamento/Unidad #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Declaración de no tener hogar Si no tiene una dirección de casa complete la siguiente declaración:
No tengo una dirección de casa. Anoche me quedé (encerrar en círculo):
 en un parque en un carro en un refugio en la calle con familia/amigos en otro lado
En la ciudad de: _____

Dirección de correo Igual que mi dirección de casa mencionada arriba: Sí No **Si no**, proporcione una dirección física a continuación. No se aceptan casillas postales (PO Box)

Dirección: _____ Apartamento/Unidad #: _____
Ciudad: _____ Estado: VA Código Postal: _____

Teléfono primario: (____) _____-____ ¿Podemos dejar un mensaje de voz? Sí No

¿Desea recibir documentos de nosotros en español? Sí No

Raza (marque todas las que apliquen) ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska/Indio Americano ☐ Negro/Afro-americano ☐ Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico ☐ Blanco/Caucásico ☐ Otro, especificar: _____	Etnicidad (marcar una): ☐ Hispano/Latino(a) ☐ No-Hispano/Latino(a)
---	---

**Programa de Asistencia de Medicamentos Profilácticos Pre-Exposición de Virginia
(VA PrEP DAP) SOLICITUD CONFIDENCIAL**

Seguro médico e historia médica

¿Actualmente tiene algún tipo de seguro de salud? Sí No

En caso afirmativo, ¿su seguro proporciona cobertura para medicamentos recetados? Sí No

Antes de hoy, ¿alguna vez le han diagnosticado con: (marque todos los que apliquen)

Sífilis Gonorrea Clamidia

Si marcó alguna de las casillas anteriores, ¿fue diagnosticado en el año pasado? Sí No

¿Alguna vez ha utilizado alguna de las siguientes sustancias (marque todas las que apliquen):

- Alcohol (ex. Cerveza, vino, licores)
- Anfetaminas (ex. meth, speed, uso no recetado de Adderall)
- Cocaína o crack-cocaína
- MDMA (ex. molly, éxtasis)
- Alucinógenos (ex. LSD, ácido, hongos)
- GHB
- Marihuana (ex. pitillos, comestible)
- Opiáceos (ex. heroína, Fentanyl, OxyContin o Morfina)

¿Alguna vez se ha inyectado alguna de las siguientes sustancias (marque todas las que apliquen):

- Anfetaminas (ex. meth, speed, uso no recetado de Adderall)
- Cocaína o crack-cocaína
- Opiáceos (ex. heroína, Fentanyl, OxyContin o Morfina)
- Otras sustancias inyectadas, especificar:

Marque TODAS las categorías de riesgo que se aplican a usted: en el último año

- Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres y lleva a cabo sexo anal sin protección
- Diagnosticado con una infección de transmisión sexual (ejemplo, sífilis, gonorrea, clamidia)
- Exposición a una ITS a través de una red sexual Diez o más parejas sexuales Usuario de drogas inyectadas que ha compartido equipo de inyectarse drogas y/o se inyecta una o más veces al día y/o se inyecta metanfetaminas y/o tiene un comportamiento sexual de alto riesgo
- Ha tenido relaciones sexuales anales sin protección con una pareja que se desconoce su condición de VIH-1 con alguno de los factores mencionados arriba
- Ha tenido relaciones sexuales de transacción (por dinero, drogas, regalos, etc.)
- Ha tenido comportamientos sexuales de alto riesgo con una pareja que se sabe está infectada con VIH

Programa de Asistencia de Medicamentos Profilácticos Pre-Exposición de Virginia (VA PrEP DAP) SOLICITUD CONFIDENCIAL

Representante autorizado

Proporcione la siguiente información de cualquier familiar/amigo con los que usted quiere que hablemos sobre su PrEP DAP

Nombre y apellido: _____

Número de teléfono primario: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

Eligibilidad, Acuerdo, Divulgación de información y Asignación de beneficios

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Entiendo que este es un programa piloto y la financiación puede no estar disponible después del 1 año. La continuación de este programa depende de la disponibilidad de fondos. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar mi condición médica y comprobante de ingresos cada 12 meses. Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar a VDH de cualquier cambio en mi información de contacto, ingresos o estado del seguro (si corresponde). El no proporcionar la documentación necesaria podría poner en peligro mi asistencia aprobada a través del Departamento de Salud de Virginia.

Mi información está siendo ingresada en una base de datos estatal por el Departamento de Salud de Virginia. VDH acuerda tratar toda la información como confidencial. Por medio del presente doy mi consentimiento a VDH para obtener, verificar y/o divulgar mi información demográfica, médica, de recetas y/o cobertura de seguro, con otras entidades según sea necesario para determinar efectivamente la elegibilidad financiera y administrar mi acceso a medicamentos.

La información puede ser compartida con, pero no se limita, a los siguientes: médico, personal del departamento de salud, otros programas de la División de Prevención de Enfermedades (incluyendo Vigilancia, Atención y Prevención), personal de centros de tratamiento, proveedor de servicios de farmacia, fuente de la remisión, clínica, agente de seguros y/o compañía de seguros. VDH acuerda tratar cualquier información como confidencial.

Entiendo que este consentimiento seguirá en vigor mientras mi dependiente o yo permanezcamos en PrEP DAP o hasta que yo lo retire.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las anteriores Responsabilidades del Cliente y Liberación de Consentimiento.

Compruebo que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa a mi mejor conocimiento.

Firma del Cliente, Padre/Tutor Legal o Persona que actúa en Loco Parentis

Fecha firmada

Relación (Si la firma no es del cliente)

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha firmada

Proporcione la siguiente información si un amigo, familiar o defensor ayudó a completar esta solicitud:

Nombre	Inicial segundo nombre	Apellido
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		

Para procesar su solicitud de manera oportuna es importante que la solicitud esté completa. Si su solicitud no está completa, no podremos procesar su solicitud y puede haber un retraso en la obtención de su medicamento.

Para las personas con discapacidad, este documento está disponible en otros formatos si lo solicitan. Para solicitarlo llame al 1-800-864-VDH (TDD/TTY llamar al 711).

Lista de verificación para presentar una solicitud completa de PrEP DAP:

❑ Comprobante de nombre legal (solo para nuevos solicitantes de PrEP DAP)

Proporcione una copia de uno de los siguientes documentos para verificar su nombre legal completo:

- Una licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal
- Pasaporte

❑ Comprobante de residir en VA

Proporcione una copia de uno de los siguientes para verificar su residencia en VA:

- Una licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal actual
- Tarjeta de registro de votantes de Virginia
- Factura de servicios públicos (no se aceptan facturas de teléfono celular)
- Contrato de alquiler/renta/hipoteca

❑ Comprobante de ingreso

Proporcione una copia de uno de los siguientes documentos para verificar su comprobante de ingresos:

- Copia de tres talones de pago más recientes y consecutivos que muestran ingreso grupal y deducciones de planilla. Copia completa más reciente de la Declaración de Impuestos Federales
- Beneficios de veteranos u otros beneficios de jubilación (copia de la carta de adjudicación o cualquier otro documento oficial mostrando la cantidad recibida regularmente)
- Beneficios y/o adjudicación del gobierno (como Seguro Social y beneficios de desempleo)

❑ Comprobante de no tener ingreso

Proporcione una copia de uno de los siguientes documentos para verificar que no tiene ingresos:

- Notificación de despido o descanso (layoff) del empleador más reciente en papel membretado de la empresa
- Una carta de "Comprobante de no tener ingreso" identificando la fuente de alimentación y vivienda del solicitante (carta firmada por una agencia, refugio, pariente, amigo, o alguna otra fuente de apoyo que no sea una agencia)

❑ Tarjeta del seguro

Si usted tiene seguro, por favor proporcione una copia de su tarjeta del seguro.

❑ Solicitud completada en lápiz tinta

❑ Solicitud completada (Sección 1 y Sección 2) con toda la documentación, fechas y firmas requeridas

**Programa de Asistencia de Medicamentos Profilácticos Pre-Exposición de Virginia
(VA PrEP DAP) SOLICITUD CONFIDENCIAL**

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE HIV Y ESTADO DE SALUD

Debemos confirmar su estado de salud y de VIH para procesar su solicitud. Esta sección debe ser completada por usted y su proveedor de cuidados de salud. Por favor envíenos este formulario con esta solicitud o pídale a su médico que lo envíe directamente por correo o fax. Si tiene preguntas sobre este formulario, puede llamarnos al 804-864-7938.

Sección del cliente – Debe ser completada por el cliente

Autorizo a mi proveedor de atención de salud a divulgar la información en este formulario al Departamento de Salud del Estado de Virginia.

Nombre legal completo _____ Fecha de nacimiento _____
(MM/DD/AAAA)

Firma del solicitante o tutor legal (No dejar en blanco) Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) (No dejar en blanco)

Sección del proveedor de cuidado de salud – Debe ser completada por el proveedor de cuidado de salud 340b

¿Es este paciente VIH negativo? Sí No Fecha de última prueba negativa de VIH: ____/____/____
MM DD AAAA

Nombre del departamento de salud o clínica para recoger los medicamentos: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: VA Código postal: _____

Al firmar a continuación, usted:

- Confirma que tiene evidencia del estado y riesgo de VIH del paciente.
- Certifica que la información en este formulario es correcta y completa a su mejor conocimiento.

Firma del proveedor de cuidado de salud (No dejar en blanco)

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) (No dejar en blanco)

Proveedor de cuidado de salud – Nombre y apellido en letra de molde

Enviar a: **ATTN: DDP, PO Box 2448, Richmond, VA, 23218-2448 o Fax #: 804-804-864-8050**